FICHA MÉDICA DE ESTUDIANTES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **CURSO:** _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ **RUT :** _____ **GRUPO SANGUÍNEO:** _____
NOMBRE APODERADO: _____ **CELULAR:** _____
NOMBRE PADRE: _____ **CELULAR:** _____
NOMBRE MADRE: _____ **CELULAR:** _____

Por favor, complete esta ficha de manera precisa y actualícela si surgen cambios en la información médica de su hijo/a.

INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE:

ALERGIAS:

	SI	NO	¿A QUÉ ESPECÍFICAMENTE?
Alimentos			
Medicamentos			
Otro (s)			

CONDICIÓN MÉDICA CRÓNICA:

	SI	NO	¿QUÉ HACE UD.: EN CASO DE CRISIS?
Asma			
Diabetes			
Epilepsia			
Otro (s)			

OTROS DETALLES IMPORTATES:

Cualquier información adicional que debamos saber en caso de situación de emergencia de salud:

Autorizo el intercambio de la información proporcionada con el personal de la Entidad y los profesionales de la salud que atenderán en caso de un accidente escolar.

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre Apoderado: _____ **Firma del Apoderado:** _____

ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL NIMARA